Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Küttner.)

Ein Fall von letal verlaufender Magendarmblutung nach Gastropexie.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Karl Kindermann,
prakt. Arzt in Dortmund.

Breslau 1923.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

I. Berichterstatter: Prof. Dr. Coenen.

II. Berichterstatter: Prof. Dr. ~~Henke~~. Küttner

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Professor von Eiselsberg veröffentlichte 1899 mehrere tödlich endende Fälle von Enteritis haemorrhagica nach größeren Bauchoperationen. Weitere teilen Busse und Winniwarter mit. Dem schließt sich ein neuer Krankheitsfall aus der Chirurgischen Universitätsklinik an.

Ein 35 Jahre altes Fräulein leidet seit längerer Zeit an Brechdurchfällen. Sie wird wegen Gastroptose am 11. 4. 23 eingeliefert und am 13. 4. 23 mit typischer Gastropexie nach Perthes operiert. 10 Tage danach treten Blutstühle und Ausscheidungen bluthaltigen Urins auf, welche trotz Opium und Tierkohlegaben am 11. 5. 23 den Tod zur Folge haben. In sectione finden sich Perihepatitis, Keilherde beider Nieren in der Rinde und Aorta angusta.

Stiller glaubt die postoperativen Magen- und Darmblutungen auf eine konstitutionelle Schwäche des Magendarmtraktus zurückführen zu müssen. Dies bestreitet Blecher und beweist, daß die Beschwerden nach der Operation zurückgehen, ob es sich mehr um eine Neurasthenie oder eine postoperative traumatische Schädigung handelt, wird dahin enschieden, daß wahrscheinlich postoperativ-embolische Folgezustände in Frage kommen.

Payr konnte an 52 Versuchstieren einen klaren Beweis dafür erbringen. Er zeigte sowohl, daß dabei die drei Aschoffschen Forderungen für das Zustandekommen einer Embolie sich fanden, nämlich Schädiguug der Gefäße, Blutalteration und Blutstromverlangsamung, als auch konnte er die Gefäße auffinden, welche für eine Magenblutung in Betracht kommen. Die größten Blutungen sah er bei einer Thrombenentwickelung innerhalb der submukösen Venen, welches auch auf unseren Fall zutreffen dürfte, da die Magenraffnähte teilweise bis in die Submukosa hereinreichen werden.

Weiter sind Netzresektionen und Netzligaturen für eine Thrombosierung der Magendarmgefäße verantwortlich zu machen. Demgleich zu achten ist eine Hebung und Anheftung des Netzes mitsamt dem Magen an das parietale Bauchfell. Blutalterationen und Blutstromverlangsamung resultieren einerseits aus dem elenden anämischen Zustand der Patientin andererseits aus dem anatomisch fast geradlinigen Venenverlauf und dem Fehlen der Venenklappen innerhalb der Intestinalgefäße bei Individuen über 20 Jahre. Ebenso kommt es auch zu einer retrograden Embolie. Beweis dafür ist das Fehlen von Lungenkapillarenthrombose und das Bestehen der Rindenkeilherde in beiden Nieren wie die vorliegende Perihepatitis.

Narkoseschäden kommen kaum in Betracht, weil die Blutungen erst 10 Tage nach der Operation auftraten, ferner dieselbe nicht mehr als 20 Minuten gedauert hat. Trotz beobachteter reiner Inanitionsblutung ist die Operation die letzte auslösende Ursache der Magendarmblutungen, da vor der Operation solche nicht beobachtet wurden.

Eine Therapie kommt nicht in Frage. Im Grunde hat sich auch trotz aller Therapie der Prozentsatz an letal endenden postoperativen Intestinalblutungen bis jetzt nicht wesentlich geändert.

Literatur.

In Sticht Makkas: „Gefahren und Fehler bei Operationen", erschienen: Gustav Fischer, Jena 1923.

Rost: „Pathologische Physiologie, II. Auflage", erschienen: C. Vogel, Leipzig.

Aschoff: „Allgemeine Pathologie Über äußere Krankheitsursachen."